

**Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги
та медицини катастроф Полтавської обласної ради»
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації**

МАТЕРІАЛИ

**IV Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю
«Екстрена та невідкладна допомога
в Україні: організаційні, правові,
клінічні аспекти»
23 лютого 2024 року**



**ПОЛТАВА
2024**

УДК 614.88+616-083.98+616-039.74+616-036.11./-036.882-08](063)

**Редакційна колегія: Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А.,
Ляхова Н.О., Краснова О. І., Лавренко Д. О.**

«Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2024; Полтава).

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 23 лютого 2024 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2024. – 180 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів екстреної та невідкладної допомоги в Україні фахівців різних спеціальностей, питанням покращення організації галузі охорони здоров'я та оптимізації роботи лікувальних закладів у період реформування.

УДК 614.88+616-083.98+616-039.74+616-036.11./-036.882-08](063)

©Полтавський державний медичний університет, 2024

10. Мішиєв В.Д., Михайлов Б.В., Гриневич Є.Г., Омелянович В.Ю. МКХ-11. Розділ VI: Психічні і поведінкові розлади та порушення нейропсихічного розвитку. Статистична класифікація. Київ, 2023. 285 с.

СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ТА НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ

Кулик Е.А. , Юрченко В.С.

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

Різкий розвиток неврологічного дефіциту з симптомами односторонньої м'язової слабкості, втратою чутливості, розладами зору, мови, порушенням координації рухів та підвищенням або різким зниженням артеріального тиску прит відсутності підвищення температури тіла, як правило, вказує на інсульт. У більшості хворих може спостерігатися порушення свідомості.

Інсульты бувають ішемічні і геморагічні. Ішемічні інсульты діляться в залежності від етіологічного фактору на: атеротромботичні (в результаті атеросклеротичного стенозу або оклюзії крупних судин), емболічні (кардіальні або із варикозно розширених вен), лакунарні (при ураженні глибоких внутрішньомозкових судин при гіпертонічній хворобі, цукровому діабет). Крім того, серед типів інфаркта мозку ще виділяють гемодинамічний, коли артеріальний тиск падає нижче границі ауторегуляції мозкового кровообігу внаслідок стенозу екстра- та інтрацеребральних судин і по типу гемореологічної мікрооклюзії (внаслідок згущення крові, порушень в системі гемостаза). Геморагічні інсульты виникають при розриві артерій (аневризми або тяжка гіпертонічна хвороба). Окремо формою є субарахноїдальні крововиливи. Внутрішньомозкові крововиливи виникають гостро з розвитком локального або різко вираженого неврологічного дефіциту, з сильним головним болем, іншими загальнономозковими симптомами, з втратою свідомості. Клінічна картина субарахноїдального крововиливу відрізняється від інших типів патології судин мозку тим, що вона рідко

супроводиться локальними симптомами. Він викликає сильний головний біль, порушення свідомості. Більшість спонтанних субарахноїдальних крововиливів є результатом розриву шароподібних аневризм.

Для уточнення характеру інсульту у першу чергу потрібно провести комп'ютерну томографію (КТ), магнітно-резонансну томографію (МРТ), транскраніальну доплерографію, яка уточнює локалізацію і причини інсульту (ТКДГ), люмбальну пункцію для виключення геморагічного характеру процесу.

В гострому, періоді інсульт потрібно диференціювати з епілепсією, інтоксикацією лікарськими препаратами, алкоголем, запальними процесами головного мозку (енцефаліт, абсцеси), пухлинами, лабіринтитом, гіпоглікемією.

Постановка правильного діагнозу потребує скрупульозного збору анамнезу і неврологічного клінічного обстеження пацієнта.

Встановити найбільш характерні симптоми для визначення локалізації інсульту. Так, якщо у хворого визначається афазія і мононуклеарна сліпота, онеміння обличчя, слабкість м'язів в нижній частині обличчя, слабкість в кінцівках по гемітипу (геміпарез) це вказує на локалізацію інсульту в басейні сонної артерії півкульного характеру. Порушення мови відповідає доміантній півкулі (центри мови зліва у правшів).

При ураженні вертебрально-базиллярної системи будуть спостерігатися такі симптоми як атаксія, головокружіння (verigo), геміпарез, дизартрія, дисфонія, дисфагія, порушення свідомості, головний біль, глухота або шум в голові, диплопія.

Стовбур головного мозку містить життєвоважливі структури і це відрізняє його від півкульових порушень. Неврологічні порушення при інсульті в стовбурі складні і більш виражені, можуть часто приводити до смерті. Як правило порушення кровообігу в стовбурі головного мозку супроводяться двохсторонніми неврологічними порушеннями і домінують ураження черепних нервів.

Якщо дисфункція черепних нервів (дизартрія, дисфагія, головокружіння, диплопія) поєднуються з геміпарезом і двухсторонньою або перехрестною втратою чутливості, це є надійні ознаки патології стовбура головного мозку. Інсульти стовбура головного мозку частіше є результатом оклюзії мілких пенетруючих артеріол, які відходять безпосередньо від вертебро-базиллярних артерій. 80% всіх інсультів локалізуються в басейні внутрішньої сонної і середньої мозкової артерії і обумовлені вони атеросклеротичним процесом (атеросклеротичний стеноз, тромбоз) або патологією серця. Більшість емболів із сонної артерії або серця потрапляють в середню мозкову артерію.

Тромботичні інсульти складають біля 40% всіх ішемічних уражень мозку. Тромботична оклюзія сонних артерій може розвиватися поступово, якщо вона пов'язана з бляшкою. Для них характерно або мерегтіння, або поступовий розвиток з прогресуванням ознак ураження протягом годин або днів, але може бути і гострий розвиток. У 50% хворих в минулому спостерігалися транзиторні ішемічні атаки.

Емболічні інсульти складають 30% всіх інсультів. Серце є головним постачальником емболів. Емболи — це фібринові холестеринові, тромбоцитарні утворення. Можуть вони утворюватися з тромбів варикозно розширених вен. Існує жирова емболія, повітряна. Але більшість емболічних інсультів розвивається у пацієнтів з патологією серця, часто при фібриляції передсердь, при інфаркті міокарда. Розвиваються емболічні інсульти гостро. Так як емболи закупорюють мілкі судини (артерії) головного мозку, то страждають коркові елементи, тобто виникає функціональний дефіцит кори головного мозку. Часто при цьому є втрата свідомості, судоми, афазія (домінантна півкуля), монопарези (в руці або нозі), порушення них чутливості.

Біля 20% всіх інсультів складють **лакунарні інсульти**. Вони локалізуються в підкоркових структурах і мають розмір менше 1 см³, виникають в місцях відходження мілких пенетруючих артерій. Клінічно

проявляються у вигляді рухового дефіциту, частіше по монотипу або геміпареза без чутливих розладів. Може також по спостерігатися чисто сенсорний інсульт. Прогноз при лакунарних інсультах скоріше благоприємний.

Транзиторні ішемічні атаки. Транзиторні ішемічні атаки (ТІА) - це короткочасні (30 хв-24 години) приступи тимчасового неврологічного дефіциту ішемічного характеру, які супроводжуються швидким і повним відновленням. Хворі з ТІА рідко знаходяться в критичному стані. Як правило, ТІА є передвістниками закінченого інсульту.

Геморагічні інсульти. Спостерігаються у 10% всіх інсультів. Вважають, що це найбільш катастрофічний інсульт. Початок, як правило, гострий і клінічно проявляється блюванням, нудотою, головним болем і дуже швидким порушенням свідомості, аж до виникнення коми з порушенням життєвоважливих функцій, тетраплегією. Причиною, як уже відмічено вище, є розрив кавернозної аневризми, артеріовенозної мальформації, артеріальна гіпертензія. Смертність від геморагічного інсульту становить в перші дні до 50-70%. Якщо хворий виживає, то спостерігаються грубі залишкові явища. При геморагічному інсульті кров, що вилилась, викликає пряме ураження мозкової речовини, а гематома давить ще й на сусідні ділянки і викликає здавлення, дислокацію і навіть вклинення. Внутрішньомозкові гематоми можуть збільшуватися в об'ємі і тому системний АТ потрібно контролювати. Значна внутрішньомозкова гематома інколи потребує нейрохірургічного лікування. Це пов'язано із вклиненням, а також з тим, що гематома, яка наростає, приводить до гіпоксії, ацидозу і до загибелі клітин. Внутрішньомозкові гематоми в області задньої черепної ямки повинні розглядатися як невідкладні покази до нейрохірургічного лікування, так як приводять до здавлення стовбура мозку і мозочка, а це, в свою чергу, до вітальних порушень. Крововиливи в шлуночки приводять до закупорки або здавлення шляхів циркуляції спинномозкової рідини, що потребує вентрикулостомії.

Субарахиоїдальний крововилив. Як було сказано, субарахиоїдальні крововиливи виникають при розриві аневризм, при тяжкій стадії гіпертонічної хвороби (частіше розрив судини). Захворювання, як правило, розвивається гостро з сильного головного болю зі швидким порушенням свідомості. Можуть спостерігатися і судоми, а також вогнищеві неврологічні симптоми на другу-третю добу захворювання в разі виникнення ангіоспазму (геміпарез, порушення чутливості, порушення функції черепних нервів). Діагноз підтверджується наявністю грубих менінгеальних знаків і результатом люмбальної пункції (еритроцити $>30\ 000/\text{мм}^3$). Люмбальну пункцію краще проводити після КТ, яка виключить локальний крововилив.

Класифікація субарахиоїдальних крововиливів з Hunt і Hess

I ступінь: свідомість ясна, відсутність неврологічного дефіциту, головний біль.

II ступінь: легка заторможеність, відсутність неврологічного дефіциту, можлива дисфункція черепних нервів.

III ступінь: заторможеність, легкий неврологічний дефіцит.

IV ступінь: ступор, неврологічний дефіцит середньоважкого ступеню

V ступінь: кома.

Ускладнення при ішемічному інсульті. Ускладнення проявляються у вигляді прогресування первинного інсульту або виникнення повторного інсульту, трансформації ішемічного інсульту в геморагічний і набряку головного мозку. Локальний набряк головного мозку є самою частою причиною погіршення стану хворого і може стати причиною фатального защемлення життєво важливих структур мозку. Набряк головного мозку сягає свого максимуму до 3-4 днів, а потім поступово регресує. Цитотоксичний набряк мозку на відміну від вазогенного погано піддається лікуванню. Помірний ефект надає застосування Сорбілакту, спочатку можна вводити струмінню, а потім зі швидкістю 60-80 крапель за хвилину в дозі 5-10мл/кг маси тіла, або манітола в дозі 1,0 г/г маси тіла, потім 0,3г/кг кожні 6 годин. Має велике значення застосування ШВЛ, яка проводиться в режимі помірної гіпервентиляції (P CO₂ 30-32 мм рт.ст.), а також внутрішньовенне

введення альбуміну з фуросемідом. Онкотичний тиск повинен бути на рівні 25-30 мм рт.ст.

Обстеження хворих на інсульт. Скрупульозний анамнез, неврологічний огляд, КТ, або СКТ, МРТ, УЗДГ, ТКДГ при необхідності люмбальна пункція, ЕхоКГ, А також дослідження крові (біохімічний профіль протромбін, гематокрит, швидкість зсідання еритроцитів). При поступленні хворого у відділенні потрібно також провести токсикологічні скринінг-тести, звернувши увагу на амфетаміни, ефедрин і кокаїн.

Невідкладна допомога та лікування інсульту

«Нестабільні» пацієнти і пацієнти з порушенням свідомості потребують міроприємств за схемою ABC як і всі хворі, що знаходяться критичному стані.

Оцінити тяжкість гіпертонічної хвороби (артеріальної гіпертензії). У більшості хворих одразу ж після виникнення інсульту значно підвищується АТ. У хворих з ішемічним інсультом не потрібно знижувати значно і різко АТ. Можна знижувати до 20% від висхідного. Якщо АТ нижче 220/120 мм рт.ст. його не знижують. Протягом деякого часу така гіпертензія контролюється без, допоміжних фармацевтичних препаратів.

Наступним етапом є контроль і підтримка на потрібному рівні гідратації, вмісту глюкози, балансу електролітів і нормалізація температури тіла (при наявності підвищеної).

Слід пам'ятати, що при наданні адекватної терапії стан хворих при ішемічному інсульті покращується. Проте повинен бути контроль загальних медичних проблем, які можуть стати причиною погіршення і навіть смерті: пневмонія, аспірація, інфекція, тромбоз глибоких вен кінцівок, тромбоемболія легеневих артерій.

Терапія ішемічного інсульту включає:

-Лікування артеріальної оклюзії шляхом проведення реканалізації (тромбектомія, ендартеректомія).

- Фармакологічне підвищення толерантності мозку до ішемії, підтримка життєво важливих функцій; цераксон (цитіколін) уже показаний на догоспітальному етапі.

-Тромболітична терапія. Тромболітична терапія проводиться активатором плазміногена, який вводиться внутрішньовенно.

- Терапія антикоагулянтами у вигляді гепарина, низькомолекулярних гепаринів. Ці препарати попереджують тромбоутворення і повторну емболізацію. Як правило, гепарин вводять в дозі 1000 од/г., фраксипарин 0,3 МЕ 2 рази/добу, клексан 0,4 МЕ 2 рази/добу. Вважають, що гепарин не слід вводити болюсом або навантажувальною дозою, тому що це може збільшити ризик кровотечі. Антикоагулянти найбільш ефективні при кардіоеMBOLІЧНИХ інсультах, менше ефективні при тромботичних і не ефективні при лакунарних інсультах.

Лікування геморагічного інсульту. Воно аналогічно лікуванню в гострому періоді інфаркта мозку, крім контролю за рівнем АТ. Внутрішньомозкові гематоми можуть збільшуватися при високому рівні АТ, тому його потрібно постійно контролювати. Значні по об'єму внутрішньомозкові гематоми потребують нейрохірургічного лікування. Дренування гематоми і видалення нежиттєздатних тканин приводить до зниження ВЧТ, відновлення кровопливу і сприяє зменшенню набряків і защемлення мозку.

При субарахноїдальних крововиливах хворі терміново повинні госпіталізовуватися у нейрохірургічні відділення або відділення інтенсивної терапії. Хворі повинні знаходитись на ліжковому режимі, проводяться міроприємства для запобігання дихальних порушень, аспірації, тромбозу глибоких вен. Хворі з довгою втратою свідомості можуть потребувати трахеостомії. У хворих з субарахноїдальним крововиливом рівень АТ повинен бути на нормальних цифрах, нормоволемія за рахунок введення солевих розчинів.

Всім хворим потрібно з перших годин вводити німодипін в дозі 60 мг кожні 4 години протягом 21 дня через рот або через шлунковий зонд для попередження спазму судин головного мозку.

У хворих з судомним синдромом рекомендується вводити протисудомні середники у вигляді фенітоїна (дифенін) по 15 мг/кг (навантажувальна доза) з наступним введенням 300 мг в день призначають седуксен 0,5% розчин по 2-4 мл внутрішньовенно на 0,9% розчині натрію хлориду.

Хворим з субарахноїдальним крововиливом слід обов'язково проводити моніторинг ЕКГ, МРТ, перевіряти активність згортаючої системи крові (РТ, РТГ і кількість тромбоцитів).

Хворі на субарахноїдальні крововиливи в результаті наявності аневризм дообстежуються ангіографічно і в терміновому порядку, їм проводиться оперативне лікування (клепировка або видалення аневризм). Повторні кровотечі у неоперованих пацієнтів зустрічаються частотою 4% в перший день, потім 1-2% в день протягом наступних 4 тижнів. Найбільш частим ускладненням субарахноїдальних крововиливів є: підвищення ВЧТ, гідроцефалія, вазоспазм, повторні крововиливи, судоми, гіпонатріємія, інфекція. Причини артеріального вазоспазму невідомі, він розвивається в слід за субарахноїдальним крововиливом, проте частота данного ускладнення корелює з чутливістю до продуктів крові. Тяжкий вазоспазм може привести до інфаркта мозку в судинному басейні розірваної аневризми. Як правило, вазоспазм розвивається через 3 дні і може зберігатися протягом 3 тижнів. Блокатори кальцієвих каналів, такі як німодипін і кардипін, можуть зменшувати і попереджати явища вазоспазму.

Література:

1. Зозуля І.С., Боброва, В.І., Вершикова В.І. Практичні навички з медицини невідкладних станів
2. Боброва В.І., Зозуля І.С., Рошкін Г.Г., Шекера О.Г. Волосовець А.О. Медицина невідкладних станів. Екстренна (швидка) медична допомога

3. Шмідт Е., Луньов Д.К. Судинні захворювання головного та спинного мозку
4. З.А.Суслина. Клінічне посібник з ранньої діагностики, лікування та профілактики судинних захворювань головного мозку

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ТРАВМИ ЩЕЛЕПИ

*Левков А.А., Горошко В.І., Шарнов І.Г., Самбурська С.І.,
Гордієнко О.В., Мизгіна Т.І.*

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»,
Полтава, Україна

Травми щелепи є серйозними медичними проблемами, які становлять значне виклик для сучасної медицини. Вони можуть виникати внаслідок різних обставин, від дорожньо-транспортних пригод та спортивних травм до випадкових падінь і конфліктів. Постраждали від травм щелепи часто стикаються зі значними фізичними та емоційними труднощами, такими як порушення жування, біль при руханні щелепи, розлади дихання та проблеми з вимовою звуків.

Реабілітація після травми щелепи відіграє вирішальну роль у відновленні функцій щелепи та покращенні якості життя пацієнтів. Вона охоплює широкий спектр медичних, фізичних та психологічних заходів, спрямованих на відновлення структурних та функціональних характеристик щелепи, зменшення болю та дискомфорту, а також психологічну підтримку постраждалих осіб.

Актуальний стан даної тематики полягає в пошуку оптимальних методів та стратегій реабілітації, що сприятимуть швидкому і повному одужанню пацієнтів. Попри значні досягнення в цій галузі, існують певні виклики та проблеми, такі як індивідуальні варіації у відповіді на лікування, можливі ускладнення та неоднаковий доступ до якісної медичної допомоги.

У зв'язку з цим, дослідження у сфері реабілітації після травми щелепи залишається актуальною та перспективною галуззю, яка потребує подальших

ЗМІСТ

Вітальне слово доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України, Ректора полтавського державного медичного університету Вячеслава Ждана	3
Вітальне слово завідувача кафедри громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою, доктор медичних наук, професора Ірини Голованової	4
Вітальне слово директора видавництва ALUNA (Польща), видавничого директору наукового журналу «Emergency Medical Service», док. н. гум. Анни Лучинської	5
Катеренчук І.П. Діагностика життєнебезпечних клініко-електрокардіографічних синдромів як причини раптової смерті (лекція).....	6
СТАТТІ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ	
Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А., Подвін А.М., Харченко Н. В., Ляхова Н. О. Порівняльний аналіз проходження військово -лікарської комісії: огляд міжнародного досвіду та викликів в Україні.....	17
Гринь К.В. Панічна атака, як невідкладний стан в контексті тривожних та стресових розладів в умовах воєнного стану в Україні.....	21
Кулик Е.А., Юрченко В.С. Судинні захворювання головного мозку та надання невідкладної допомоги.....	27
Левков А.А., Горошко В.І., Шарпов І.Г., Самбурська С.І., Гордієнко О.В., Мизгіна Т.І. Реабілітація після травми щелепи.....	35
Левков А.А., Клеценко Л.В., Вишар Є.В., Курило А.І., Колісник К.В. Надання екстреної медичної допомоги військовослужбовцям з осколковими пораненнями.....	39
Левков А.А., Марченко С.М., Боголюб М.А., Кулик Е.А., Юрченко В.С., Боголюб В.В. Домедична допомога при проникаючих пораненнях грудної клітки.....	45
Левков А.А., Рибалко Л.М., Москаленко П.О., Москаленко І.В., Гулько Т.Ю. Види ушкоджень у бойових і небойових умовах.....	52
Могильник А.І., Тарасенко К.В., Давиденко А.В., Могильник А.М., Шандиба О.В., Архіповець О.О. Медичне сортування – запорука ефективної екстреної медичної допомоги.....	58
Сергата Є. В. Особливості нормативно-правових актів, що гарантують медичне забезпечення співробітників МВС в мирний та воєнний час.....	66
Харченко Н. В., Плужнікова Т. В., Подвін А. М. Зарубіжний досвід психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях.....	77
ТЕЗИ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ	
Бойко В. В., Цвик М. А. Досвід роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди КП «Полтавський обласний санаторій для дітей з порушенням опорно-рухового апарату пор» в умовах сьогодення.....	83
Брехунцов В.О. Професійне вигорання медичних працівників під час війни.....	85
Бублик О.О. Аналіз показників надання хірургічної стоматологічної допомоги дитячому населенню на рівні м. Полтави.....	87
Бурмінова Н. В. Безпека та конфіденційність пацієнтів у контексті телемедицини в екстреній допомозі.....	89
Гаджула Н.Г., Федик Т.В., Квірікашвілі А.М. Ускладнення ендодонтичного лікування зубів на етапі obturaції кореневих каналів: ризики, клінічні прояви, невідкладна допомога.....	91
Городова-Андрєєва Т.В., Ляховський В.І., Кравців М.І., Краснов О.Г. Ефективність застосування вакуумної терапії з інстиляціями l-аргініну при лікуванні гнійних ран м'яких тканин.....	94
Данильченко Світлана, Бабкіна Олена Короткий огляд основних адаптивних приладів у фізичній реабілітації.....	98
Денисюк Т.М., Краснова О.І. Особливості діяльності КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Полтавської обласної ради».....	102
Дмитрієва А. А. Своєчасне та адекватне виявлення хворих на мікроспорію для запобігання утворення епідеміологічних спалахів у колективі.....	105
Дудченко М.О., Краснов О.Г., Кравців М.І., Заєць С.М., Прихідько Р.А., Немченко І.І., Сагарадзе С.А. Актуальні питання діагностики та лікування кісткових уражень у хворих з синдромом діабетичної стопи.....	106
Жара Г. І. Європейський досвід надання екстреної та невідкладної допомоги біженцям під час війни.....	110